

ção abundante, purulenta, com fétidez insupportavel. Por diversas vezes teve evacuações diarrheicas e vomitou. A tosse fatigava-o muito. O exame bacteriologico do escarro revelou ausencia de bacillos de Koch e a presença de estreptococcus e estaphylococcus. Pela escuta do pulmão direito, em sua parte superior e posterior signaes francos de excavação. A temperatura se manteve ainda durante 15 dias da mesma forma para então ir pouco a pouco diminuindo. Em principios de Maio estava apyretico, pouca tosse e os escarros, apesar de fétidos, tinham diminuido muito. Em meados do Maio o nosso doente principiou a convalescer; animado, bom appetite, augmento de peso, muita pouca tosse e a fétidez dos escarros desaparecida.

A radiographia feita em Junho revela na região sub-clavicular uma zona de transparencia circular, limitada por um contorno denso com aspecto cavitario.

O tratamento constou de injeções de emetina de 0,06, vaccina antipylogena Bruschetine e vaccinas autogenas feitas pelo Prof. Pereira Filho. *Per os* administramos tintura de alho, hyposulfito de sodio, digitalina, adrenalina, balsamicos.

Quando vimos o doente pela primeira vez fizemos á vista do quadro morbido apresentado (caiefrios, febre alta, suores intensos, aenemia, máo estado geral e leucocytose) o diagnostico de um syndroma de suppuração. Apesar de encontrarmos maçiszez suspensa no pulmão direito, como a região hepatica era extraordinariamente dolorosa á simples pressão digital e os seus limites estavam augmentados pensamos primeiramente em um abcesso hepatico, muito mais frequente no nosso meio do que as suppurações pulmonares.

As puncções brancas no figado nos obrigaram a prestar mais atenção ao pulmão onde a radiologia demonstrou o abcesso.

NOTA: Como o doente desta observação é pobre e da clinica particular não se poderam fazer todos os exames radiologicos e de laboratorio que o caso exigia.

Sessão do dia 6 de Junho de 1930

(Veja a comunicação escripta do dr. Saint-Pastous, á pagina 26*).

O Dr. Martim Gomes:

Peço a palavra, sr. presidente, menos para commentar a comunicação do sr. Dr. Saint-Pastous, que para explicar a razão da escolha, que fiz, do processo, e da substancia.

O canal cystico offerencia certa resistencia, que fôra verificada, e a vesicula encontrava-se no centro de uma extensa massa de subhepatite. Em vista disso, acreditei que a pressão pudesse facilmente injectar os vasos, e, através destes, produzir lesões hemorrhagicas no pancreas, porque o lipiodol facilmente dá hemoptyses, com febre, e demoradas, quando a pressão passa de certos limites, na hysterographia.

O dr. Saint-Pastous ha pouco se referiu a isso aqui.

Eis ahi uma das razões porque preferi a solução de iodureto de sodio a 25 %, que na pyelographia dá imagens que manifestam minucias que o corpo oleoso, mais consistente, difficilmente poderia proporcionar.

A outra razão é que eu desejava ter uma visão completa das arborizações finas, intrahepathicas, das vias biliares. Eu desejava observar o aspecto da arvore biliar em casos de possiveis lesões juncto das ultimas ramificações, taes como tumor, calculo intrahepathico, cholangite, etc.

Ora, eu apenas de leitura sabia que Pauchet, e Cotte injectavam lipiodol no tracto das fistulas biliares, a fim de orientar-se na operação iterativa. Como elles não faziam referencia, que eu soubesse á, visibilidade de calculos, e de finos ramos biliares, preferi empregar o iodureto, mais diffusivel no meio liquido, e que talvez desse aquillo que provavelmente Cotte não teria conseguido, visto que não referiam, sobre esse ponto, nada absolutamente, as noticias que tive.

Quando á retirada do liquido, logo após a radiographia, só pela compressão do abdomen, é mais facil, a meu ver, quando a droga empregada foi o iodureto. Devo acrescentar que a injeção de agua oxygenada favorece essa manobra, tendo ainda a vantagem da desinfecção.

Eu a utilizei para isso, após as injeções que fiz.

Empreguei-a também por ocasião da segunda operação, quando fui retirar o calculo do choledoco. E tive oportunidade de notar que ao cortar o ducto sahiu, com a bilis, abundante espuma. Isto importa em augmentar a defesa contra a infecção. E na verdade, tendo sido demorado o trabalho pelas adherencias, e pela anesthesia esplanchnica, todos quantos assistiram á intervenção notaram que eu suturei a incisão do choledoco, minuciosamente, e que na ocasião ainda sahiu espuma, apesar do tempo que fazia desde que a operação começára.

Todos puderam ver que só no primeiro dia houve signal de bilis nas gazes do curativo, trazida pelo pequeno dreno deixado juncto do ponto suturado.

Dada esta explicação, desejo fazer algumas considerações que visam diminuir o temor que infunde a comunicação citada pelo dr. Saint-Pastous, e da qual os Kaufmann tiram as seguintes conclusões:

- 1) O lipiodol injectado na fistula biliar pode refluir pelo canal de Wirsung.
- 2) Si o succo pancreatico é activo, durante essa injeccção, está realizado o que é preciso para fazer a pancreatite hemorrhagica aguda. Ora, o succo pancreatico se reactiva: a) pela kinase dos leucocytos da infecção biliar; b) pela presença do lipiodol no intestino, que os clichés revelam.
- 3) Este methodo da injeccção não é isento do perigo da pancreatite fatal.

Pois bem; eu devo dizer francamente que esse temor não é o que me preocupa mais, quanto ao emprego do lipiodol.

Acredito mesmo que nos casos infectados e antigos, essas obstrucções do choledoco difficilmente confirmarão o perigo da pancreatite hemorrhagica.

Porque na clinica, o que em geral leva á cholecystectomy é a obstrucção calculosa, neoplasica, infecciosa: e nessas condições, si havia infecção ella exclue o Wirsung tributario do choledoco, pois, si desaguasse neste, já teria dado a pancreatite hemorrhagica. Si não deu, e não matou o doente, é que o Wirsung desembocava no intestino.

Quando, porém, não haja obstrucção infectada do choledoco, desde o hepatico até á *carumcula major*, pode haver maior perigo em injectar o lipiodol, como, por exemplo, numa cholecystite chronica, ou calculosa ou não, num velho cuja idade impoz a ostomia; ou uma gangrena limitada ao cholecysto. Não havendo segurança de infecção trajectando pelo choledoco, cuidado! Não se pode conjecturar como termina o canal de Wirsung, si directamente no intestino, ou só através do choledoco. Mas no caso contrario, *quando* já existiu infecção da arvore biliar, não creio no perigo do lipiodol ir ao Wirsung, pois o que tinha que acontecer já aconteceu. Neste caso, a falta da pancreatite deve permittir suspeitar que a terminação anatomica do Wirsung não se faz no choledoco.

